

plication de sangsues. L'agitation et l'insomnie seront combattues par le séjour au lit et l'emploi discret des hypnotiques. Il faudra donner des agents qui n'altèrent pas la cellule nerveuse : le sulfonal, l'uréthane, l'opium.

Si le malade est grabataire et s'il existe des troubles des sphincters, on sera tenu de prendre des soins minutieux de propreté et, en cas de rétention d'urine, de pratiquer tout de suite le cathétérisme aseptique. Enfin, quand les escarres se montreront, on s'efforcera de les faire disparaître et d'empêcher les infections secondaires qu'elles déterminent si souvent, en les pansant à l'aide de désinfectants locaux, et notamment de la poudre de quinquina, mélangée à la poudre de charbon, ou mieux encore du mélange connu sous le nom de poudre de Lucas-Championnière.

B. — TRAITEMENT DES HABITUDES D'ALCOOLISME¹.

Une fois disparues ou améliorées les manifestations révélatrices de l'alcoolisme chronique, le rôle du médecin est loin d'être terminé; car il est nécessaire, pour compléter l'œuvre commencée et prévenir les rechutes, de juguler les habitudes d'alcoolisme, non plus seulement à titre temporaire, mais à titre définitif. Malheureusement, nombreux sont encore aujourd'hui, même parmi les médecins, ceux qui, esclaves d'un scepticisme coupable, considèrent comme une utopie le fait d'entreprendre la cure « des buveurs d'habitude » (habitual drunkards). Ne sait-on pas, dit-on, que « qui a bu boira » et n'est-on pas fixé depuis longtemps sur la valeur des « serments d'ivrogne »?

Sans doute nous voyons chaque jour dans les hôpitaux, dans les asiles et ailleurs, les rechutes fatales, semble-t-il, des alcooliques. Que prouvent ces faits? Si les buveurs ne guérissent pas, c'est qu'ils ne sont pas traités. Pourquoi nier la possibilité de les guérir ou de les améliorer, alors qu'on n'a rien entrepris dans ce sens? En réalité, en dépit des préjugés et des proverbes, on peut guérir l'ivrognerie, et le traitement des buveurs d'habitude donne des résultats au moins aussi satisfaisants que celui de n'importe quelle forme d'affection névropathique. Toutes les statistiques des établissements étrangers

1. Dans le traitement des habitudes d'alcoolisme, on doit faire rentrer celui des impulsions dipsomaniaques de certains dégénérés héréditaires qui prête à des considérations analogues. « La dipsomanie vraie est caractérisée par une impulsion irrésistible à boire des liqueurs spiritueuses, et procède par accès paroxystiques intermittents dans l'intervalle desquels le sujet reste sobre » (Magnan). Quand les accès se répètent fréquemment, les périodes d'abstinence alcoolique diminuent de durée d'abord, disparaissent ensuite, et à la longue l'intoxication chronique peut parfois se constituer. Ces cas sont du reste exceptionnels.

pour le traitement des buveurs, d'accord sur leur curabilité, ne diffèrent, d'après MM. Magnan et Sérieux, que sur le pourcentage des guérisons, dont la proportion varie entre 35 et 45 pour 100. Et il est à noter que ces statistiques (statistiques d'Ellikon, de Siloah, de Leipe, de Lintorf, etc.) sont faites de la façon la plus consciencieuse; on ne se borne pas, à la sortie du malade, à l'inscrire comme guéri ou amélioré; on le suit, au contraire, pendant de longues années, de manière à exercer sur lui la même influence morale favorable, à éviter la récurrence et à savoir si la guérison s'est maintenue.

A quel traitement faut-il donc soumettre le buveur pour le guérir de ses funestes habitudes d'alcoolisme? On reconnaît universellement aujourd'hui que le seul traitement convenable consiste dans l'abstinence totale de toutes les boissons contenant de l'alcool, même en très faible proportion; la suppression doit être complète et immédiate; il est d'ailleurs démontré qu'elle est sans inconvénient sérieux dans l'immense majorité des cas.

On a longtemps cru pouvoir guérir le buveur et prévenir les rechutes par la modération dans l'usage des boissons alcooliques. C'était une conception fautive. Comment recommander la « modération » à un malade dont l'affection mentale est précisément caractérisée par l'incapacité de se modérer?

Tous les efforts des médecins doivent donc porter sur l'obtention de cette abstinence complète; c'est la clef de voûte du traitement des buveurs; sans elle, tout s'écroule, et l'on n'a fait que préparer des récidivistes. S'il importe d'obliger l'alcoolique à s'abstenir, il importe encore de le convaincre qu'il peut se priver complètement de son redoutable excitant. Il faut lui démontrer qu'il se trompe lorsqu'il en croit (de bonne foi souvent) l'usage nécessaire, comme si le fonctionnement de l'organisme humain exigeait une ration quotidienne de poison (Sérieux).

En résumé, il n'y a pas, et c'est le principe qui doit diriger le traitement et la règle de vie du buveur, il n'y a pas de « juste milieu ». Il lui est plus facile de s'abstenir que de se modérer; il doit choisir entre l'abstinence complète et l'esclavage de l'alcoolisme.

Mais, dans l'immense majorité des cas, ce serait courir, à coup sûr, au-devant d'un échec que d'instituer ce traitement en faisant appel à la seule bonne volonté du malade, sans le soustraire à son entourage habituel, sans l'isoler de ces milieux sociaux où l'alcoolisme est presque la règle. C'est qu'en effet le buveur est un intoxiqué comme le morphinomane, et, comme lui, il a besoin, pour se déshabituer du poison, d'être soumis à une discipline sévère et à une surveillance médicale.